Revalidatieovereenkomst

met de

**referentiecentra voor zeldzame monogenische erfelijke metabole ziekten**

**MEDISCH VERSLAG**

bij te voegen bij het aanvraagformulier voor tegemoetkoming

in de kosten van revalidatieverstrekkingen

**Identificatie van de inrichting**

Identificatienummer:

Naam:

Straat, nr.:

Postcode, plaats:

**I. ADMINISTRATIEVE GEGEVENS**

1.1. Identificatie van de rechthebbende

Naam en voornaam:

Geboortedatum:

Lidmaatschapsnummer bij de verzekeringsinstelling:

1.2. Aard van de aanvraag

Gevraagde periode: van tot

(Maximum: 24 maanden – art. 12, § 1 van de overeenkomst.)

Het betreft

□ de 1e aanvraag voor die rechthebbende in het kader van de overeenkomst,

□ een aanvraag om verlenging van de vroeger toegekende periode.

**II. MEDISCHE GEGEVENS**

□ De rechthebbende lijdt aan een zeldzame monogenische erfelijke metabole ziekte die is opgenomen in de lijst bijgevoegd bij de overeenkomst.

 Vermeld het volgnummer van de ziekte in de lijst bijgevoegd bij de overeenkomst, het OMIM-nummer en de volledige naam van de ziekte zoals die vermeld wordt in de lijst bijgevoegd bij de overeenkomst:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| nr. | OMIM # | FULL NAME |
|  |  |  |

□ De rechthebbende lijdt aan een ziekte die NIET is opgenomen in de lijst bijgevoegd bij de overeenkomst MAAR een zeldzame monogenische erfelijke metabole ziekte is.

 Vermeld het OMIM-nummer en de volledige naam van de ziekte.

|  |  |
| --- | --- |
| OMIM # | FULL NAME |
|  |  |

 Rechtvaardig het feit dat het een zeldzame monogenische erfelijke metabole ziekte betreft:

De ziekte brengt het risico op hypoglycemie met zich mee:

□ Ja

* Neen

Eventuele verduidelijkingen en/of opmerkingen:

|  |  |
| --- | --- |
| De medisch verantwoordelijke van de revalidatie-inrichting verklaart dat voor die rechthebbende alle verplichtingen en voorwaarden, vastgelegd in de overeenkomst, vervuld zijn. | De medisch verantwoordelijke van de inrichting(datum, naam, handtekening, RIZIV-identificatienr.) |